



Documento di indirizzo regionale – Emilia Romagna

Tavolo Regionale Emilia Romagna 26/11/2024, Bologna

PARTECIPANTI

Altini Mattia - Settore Assistenza Ospedaliera della Regione Emilia-Romagna

Bravi Elena - Azienda Usl di Piacenza

Conti Daniele - Associazione Malati Reumatici Emilia Romagna

D'Antonio Mauro - Associazione Nazionale Persone con Malattie Reumatologiche e Rare – APMARR APS

Ferrara Pietro - Centro di Studio e Ricerca sulla Sanità Pubblica, Università degli Studi di Milano–Bicocca, Monza, e Laboratorio Sperimentale sulla Sanità Pubblica, IRCCS Istituto Auxologico Italiano di Milano

Fracassi Massimiliano - Federfarma Emilia-Romagna

Massara Alfonso - Azienda Ospedaliero universitaria di Ferrara

Reta Massimo - Struttura Complessa Medicina Interna ad Indirizzo Reumatologico presso l'Ospedale Maggiore, Bologna

UNMET NEED PRIORITARI E PROPOSTE DI MIGLIORAMENTO

Di seguito sono riportati i bisogni non soddisfatti e relative proposte di iniziative a supporto giudicati come prioritari dal Gruppo di lavoro (GdL) regionale e suddivisi nelle tre aree di intervento: Diagnosi, Accesso alle Cure e Presa in carico.

DIAGNOSI

Gli unmet need prioritari per la Regione Emilia-Romagna identificati dal Tavolo in questa area sono:

- Migliorare la capacità del sistema di garantire una diagnosi precoce, per permettere un trattamento tempestivo con cure farmacologiche appropriate, in grado di ridurre e/o prevenire il danno muscolo-scheletrico, integrate da cure complementari personalizzate (ad esempio, fisioterapia,...). È necessario agire sui tempi, riducendo le numerose richieste inappropriate di primo accesso alle visite specialistiche che comportano ritardi nelle diagnosi e nella presa in carico di casi più gravi. Ad esempio, a Bologna, il 30% dei primi accessi è legato a sospetti casi di osteoporosi con bassa appropriatezza del sospetto diagnostico, il che limita le capacità del sistema di presa in carico tempestiva delle criticità e delle urgenze

A fronte degli unmet need prioritari selezionati, il Tavolo ha identificato le seguenti possibili azioni:

- Aumentare la capacità dei MMG di agire come filtro sul territorio per l'identificazione dei casi e il *referral* appropriato allo specialista creando dei percorsi differenziati sulla base del tipo di segni e sintomi.

È necessario disegnare un nuovo modello di engagement del MMG che migliori anche il *case finding*. In particolare, si rende necessaria la definizione di un nuovo accordo regionale con la medicina generale che preveda obiettivi misurabili per le attività di *referral* e presa in carico, supportati da un coerente sistema di finanziamento. Questi obiettivi devono essere aggiornati rispetto alle esigenze più attuali della popolazione. A questo proposito, si segnala che il numero di esenzioni per malattie reumatologiche è aumentato nel corso degli ultimi anni.

Inoltre, è necessario dotare i MMG di strumenti tecnologici a supporto della loro attività per ridurre il tempo non a valore e aumentare l'appropriatezza delle loro attività.

Gli esperti segnalano, ad esempio, che i MMG hanno già a disposizione un PDTA dedicato con l'identificazione di *red flags* di semplice applicazione per una migliorata capacità di identificazione dei casi. Questo è però solo uno dei numerosi PDTA che il medico dovrebbe conoscere e applicare. Considerando che le priorità per la medicina generale rimangono le patologie più impattanti dal punto di vista epidemiologico (come le malattie cardiovascolari, il diabete, ecc...) sarebbe utile integrare i *red flags* nello strumento di raccolta dati dei medici. Ciò al fine di supportare l'identificazione dei casi potenziali da indirizzare allo specialista attraverso la generazione di alert automatizzati.

Altro punto chiave da sviluppare è la promozione della cultura digitale, accompagnata dalla messa a disposizione degli strumenti per il teleconsulto del MMG con lo specialista. Questa modalità rappresenta una forma di training molto efficace e permetterebbe di formare le

nuove generazioni di MMG sviluppando un ruolo più attivo anche in questa specialità e consentendo un avvicinamento tra il MMG e lo specialista.

Il MMG dovrebbe anche essere coinvolto nel trasferimento sistematico dei dati al Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), per garantire la messa in rete delle informazioni cliniche. Inoltre, il ruolo del MMG potrebbe evolversi nella direzione della raccolta dei Patient-Reported Outcome Measures (PROMs), utili per una migliore valutazione dell'efficacia dei percorsi terapeutici dal punto di vista del paziente.

- Valutare l'opportunità di integrare maggiormente la figura del Farmacista della Farmacia aperta al pubblico nel percorso del paziente, valorizzando la sua vicinanza al paziente e la sua accessibilità. In particolare, il farmacista potrebbe supportare il *case finding*, ad esempio identificando pazienti che ricorrono frequentemente e per lunghi periodi all'uso di antiinfiammatori, segnalando una potenziale necessità di rivolgersi al MMG per approfondimenti diagnostici. Un ruolo fondamentale del farmacista è, infatti, quello di osservare e intervenire in caso di uso inappropriato o eccessivo di farmaci da banco, come gli antidolorifici, che spesso i pazienti assumono senza consultare il medico.

Inoltre, come già sperimentato per altre patologie, i Farmacisti potrebbero svolgere un ruolo importante in campagne di informazione rivolte ai pazienti sulle patologie reumatiche. Un maggiore coinvolgimento del farmacista in ambito reumatologico richiederebbe ovviamente l'organizzazione di attività di formazione mirate e dedicate a questo target professionale, al fine di potenziare le competenze necessarie per un contributo efficace.

ACCESSO ALLE CURE

Gli unmet need prioritari per la Regione Emilia-Romagna identificati dal Tavolo in questa area sono:

- Supportare l'aderenza terapeutica del paziente al trattamento farmacologico, per massimizzare il valore della terapia e ottenere – oltre al miglioramento delle condizioni cliniche dei pazienti e della loro qualità di vita – anche un ritorno sull'investimento economico, per la sostenibilità del sistema
- Promuovere una cura del paziente a 360 gradi, aumentando la capacità di offrire a pazienti affetti da patologie reumatologiche terapie complementari e sinergiche rispetto a quelle farmacologiche, in primis la fisioterapia. Il percorso di cura del paziente deve anche includere attività di counselling relativi alla gestione della sua fragilità, con particolare riferimento alle strategie di prevenzione, come l'accesso alle necessarie vaccinazioni, al supporto psicologico così come alla terapia del dolore.

A fronte degli unmet need prioritari selezionati, il Tavolo ha identificato le seguenti possibili azioni:

- Assicurare l'aderenza alla terapia farmacologica rimane uno degli obiettivi principali della presa in carico e cura del paziente. Nella Regione ER sono già state realizzate delle campagne informative ai pazienti affetti da malattie reumatiche in collaborazione con Federfarma regionale. Tuttavia, l'informazione e la formazione del paziente rappresentano punti critici che andrebbero ulteriormente rafforzati per migliorare gli outcome.
- È stato evidenziato che la presa in carico tempestiva dei pazienti è vantaggiosa non solo dal punto di vista clinico, ma anche in termini di corretta allocazione delle risorse e sostenibilità del sistema sanitario. I dati di letteratura supportano, infatti, l'evidenza che i costi complessivi per la gestione nella fase pre-diagnosi risultano superiori rispetto a quelli post-diagnosi. Questo aspetto è strettamente legato, in parallelo alla corretta presa in carico nel tempo, all'aderenza terapeutica. I pazienti che interrompono la terapia, infatti, determinano un aumento significativo dei costi per il sistema sanitario rispetto a quelli che seguono il trattamento in maniera continuativa. Un esperto in ambito economico-sanitario ha inoltre sottolineato l'importanza di sviluppare maggiormente l'uso dei Patient-Reported Outcome Measures (PROMs), strumenti fondamentali per raccogliere informazioni più complete sugli esiti delle terapie e comprenderne appieno il valore sia per il paziente sia per il sistema sanitario.

Il gruppo di lavoro sottolinea che, per quanto riguarda le terapie farmacologiche, la Regione ha già fatto un grosso ed apprezzato lavoro interdisciplinare di definizione di Linee Guida utili ad assicurare un approccio omogeneo sul territorio regionale. Una necessità espressa dagli esperti è relativa all'aggiornamento costante delle Linee Guida e alla verifica della eventuale ricaduta sugli outcome di malattia delle indicazioni e limitazioni definite.

Viene sottolineato anche come le più recenti evidenze scientifiche indichino, per i farmaci biologici, caratteristiche significative dal punto di vista farmaco-economico. Alcuni di questi trattamenti, infatti, distinguendosi per una maggiore efficacia, risultano costo-efficaci o addirittura dominanti rispetto ad altre alternative terapeutiche, anche in ragione della loro capacità di agire su più domini della malattia (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39182010/>). In

queste valutazioni, viene anche ricordato, l'utilizzo di endpoint multidominio è particolarmente raccomandato, poiché questi sono più predittivi degli outcome a lungo termine, che costituiscono una delle principali fonti di costi per il sistema sanitario.

- Il gruppo di lavoro segnala l'importanza per il paziente delle cure “ancillari”, tra cui la fisioterapia (specifica per le malattie reumatiche), ma anche dell'accesso ad informazioni e servizi per la gestione appropriata della sua fragilità.

Per quanto riguarda la fisioterapia, la Regione risulta avere un'offerta ma questa è distribuita in modo non omogeneo sul territorio. Le cure fisioterapiche, la cui utilità è supportata dalle evidenze scientifiche, sono state introdotte nel PDTA dell'area metropolitana di Bologna già nel 2014. L'organizzazione dell'offerta, attraverso la definizione di una convenzione con il privato accreditato, è fallita in questa realtà in quanto attività non remunerativa per i privati. In una situazione di risorse limitate, sarebbe utile sviluppare un confronto e generare delle linee guida avvalendosi anche di valutazioni di tipo costo-beneficio che offrissero ai decisori indirizzi per orientare policy ed investimenti futuri in quest'area.

L'accesso alle vaccinazioni è un altro aspetto che richiede una maggiore attenzione. Spesso i pazienti non conoscono e non sono informati sull'importanza di sottoporsi alle vaccinazioni appropriate o non sanno a chi rivolgersi. Questa situazione è aggravata dalla limitata disponibilità di centri vaccinali organizzati per i pazienti fragili sul territorio italiano.

Il tema cruciale della prevenzione potrebbe essere incluso nelle campagne di informazione ai pazienti così come la definizione del percorso più adeguato per la gestione di questo aspetto importante e supplementare alla gestione delle patologie reumatiche.

Un esempio virtuoso in regione è quello dell'ospedale Sant'Orsola che ha messo in atto un sistema di consulenza personalizzata da parte del medico infettivologo/igienista. Questo sarebbe un servizio da replicare in altri punti del territorio.

Un altro possibile suggerimento è quello di attivare la possibilità di prenotazione diretta da parte dei reumatologi delle vaccinazioni in modo da integrare questo aspetto nei percorsi routinari di cura dei pazienti fragili.

Un altro esempio di potenziale carenza nel percorso di cura del paziente citato durante i lavori del tavolo regionale è il controllo cardiologico nei pazienti con spondilite come possibile effetto collaterale dell'infiammazione e anche di quello dermatologico per il paziente con artrite psoriasica.

PRESA IN CARICO

Gli unmet need prioritari per la Regione Emilia-Romagna identificati dal Tavolo in questa area sono:

- **Necessità di potenziare la capacità di governance della domanda.** Gli esperti concordano sul fatto che un'ulteriore richiesta di aumento di produttività dei centri per incrementare la capacità del sistema di rispondere alle esigenze di salute della popolazione non rappresenti più una soluzione sostenibile o efficace. È necessario invece adottare strategie mirate per migliorare la gestione della domanda e l'allocazione delle risorse.
- **Migliorare la capacità di adeguare il modello di presa in carico alle specifiche necessità dei diversi territori della Regione.** L'esistenza di un modello regionale di riferimento che assicuri omogeneità nell'approccio alla gestione della patologia è ritenuta necessaria ma ora il suo adattamento al territorio deve essere posto al centro dell'attenzione delle politiche sanitarie in ambito reumatologico. Con le nuove terapie farmacologiche che possono essere gestite in luoghi prossimi al paziente o al suo domicilio in autonomia e la sempre più limitata offerta a livello ospedaliero, il baricentro della gestione delle patologie reumatologiche si è sempre più spostata dall'ospedale verso il territorio tanto che potrebbe essere ormai più corretto parlare di necessità di integrazione territorio – ospedale piuttosto che di ospedale – territorio per questa area terapeutica. La regione Emilia-Romagna è caratterizzata da un'offerta di salute sul territorio piuttosto articolata e sviluppata grazie alla presenza di numerose Case della Salute. Manca però un piano complessivo aggiornato che rivaluti la distribuzione delle risorse e delle competenze necessarie nei vari territori per rispondere alle mutate e specifiche necessità della popolazione

La crescente domanda di servizi sanitari rende necessario un approccio integrato, basato *in primis* sul governo della domanda, che comprenda l'aumento dell'appropriatezza, un aumento dell'efficienza legata all'introduzione di soluzioni digitali e l'adattamento del modello organizzativo alle specificità territoriali.

A fronte degli unmet need selezionati, il Tavolo ha identificato le seguenti possibili azioni principali:

- **Aumento dell'Appropriatezza della domanda.**
 - **Focus sul ruolo delle cure primarie.** Come già sottolineato nel capitolo relativo alla Diagnosi, i Medici di Medicina Generale (MMG) devono sviluppare il ruolo di "filtro" per l'accesso ai servizi specialistici, ma attualmente affrontano difficoltà legate al carico di lavoro per la gestione delle malattie a prevalenza maggiore nella popolazione assistita e alla loro limitata conoscenza delle malattie reumatologiche. Anche per la fase di follow-up si applicano le importanti proposte già riportate nel capitolo relativo alla Diagnosi che puntano in modo deciso allo sviluppo di un nuovo modello di cure primarie (engagement formalizzato e finanziamento per obiettivi) che superi la logica di uno sviluppo del territorio inteso come mero aumento del numero di specialisti nelle Case di Comunità. Va sviluppata la capacità delle cure primarie di prendere in carico specifiche tipologie di pazienti che andranno definite in accordo con gli specialisti
 - **Segmentazione dei pazienti.** La classificazione dei pazienti in base alla complessità clinica permette di efficientare la capacità del sistema di rispondere alla domanda di salute personalizzando la gestione dei pazienti. Nonostante le attività burocratico-amministrative risultino non comprimibili e la necessità di rinnovare i Piani Terapeutici

limiti la possibilità di personalizzare la frequenza di visita dei pazienti, il GdL propone di definire percorsi differenziati e supportati dalle tecnologie digitali.

Considerato che i pazienti stabili possono essere seguiti principalmente tramite telemedicina e visite distanziate nel tempo, mentre i pazienti con stadi o profili clinici più complessi richiedono un monitoraggio più intensivo ed in presenza, il GdL propone l'uso di strumenti digitali che associati a questa attività di segmentazione possano contribuire in modo efficace alla gestione della domanda (si veda il punto successivo). In questa proposta emerge anche il contributo che la figura dell'infermiere specializzato potrebbe fornire in termini di supporto alla gestione dei casi più semplici o dei pazienti affetti da artrosi, e alle attività propedeutiche alla visita del clinico come la compilazione delle scale di valutazione. Questa figura svolge anche un importante ruolo nell'offrire al paziente una maggiore continuità di rapporto e un contatto empatico (come, ad esempio, in occasione della somministrazione di terapie infusionali presso i centri)

- **Filtri per accessi inappropriati ai servizi sanitari.** La regione sta lavorando al sistema di triage telefonico per ridurre gli accessi non necessari ai servizi di Pronto soccorso e agli ambulatori specialistici. Un numero telefonico centralizzato (116 117, il numero unico nazionale ed europeo per richiedere assistenza sanitaria non urgente) indirizzerà i pazienti sulla base della complessità del caso: i problemi semplici verranno affidati ai MMG, mentre i casi più gravi saranno indirizzati ai servizi di emergenza-urgenza. Questo sistema utilizza operatori laici e software avanzati per filtrare le richieste, riducendo così gli accessi diretti e inappropriati ai servizi di emergenza-urgenza.
- **Formazione dei pazienti.** Pazienti informati e consapevoli non solo aderiscono meglio alle terapie ma utilizzano in modo più appropriato i servizi sanitari. A questo scopo svolgono un ruolo centrale gli eventi educativi rivolti alla popolazione di pazienti. L'Associazione Pazienti AMRER, in tal senso, è attiva già da tempo su questo versante attraverso sessioni online e in presenza per informare i pazienti sulla gestione della patologia, sugli effetti collaterali dei farmaci e sull'importanza della corretta attività fisica. L'impiego di materiale informativo digitale può aiutare ulteriormente fornendo risorse online facilmente accessibili, come video e infografiche, per approfondimenti e per un'educazione continua.

- **Soluzioni Digitali per Aumentare l'Efficienza, la condivisione di dati e la comunicazione**

Il GdL propone di investire sullo sviluppo di sistemi di supporto digitali sia per efficientare i processi che per aumentare la connessione tra il territorio e l'ospedale. La Regione è già attiva su questo versante con iniziative innovative.

Viene sottolineata la necessità di un investimento in formazione digitale per il paziente ma anche per il personale dei centri che assicuri una ricaduta pratica dall'uso di tali strumenti.

- **Implementare la telemedicina.** La telemedicina rappresenta un'opportunità per gestire meglio i pazienti riducendo in alcuni casi anche il carico per il sistema sanitario. A questo proposito si riporta l'esempio virtuoso del centro di Bologna che ha un'esperienza consolidata di telemedicina. Già da anni questa realtà ha avviato un progetto in collaborazione con ALTEMS per lo sviluppo di software basato su Microsoft Teams per effettuare le televisite. Inizialmente usato per pazienti con condizioni stabili,

i risultati incoraggianti di questa esperienza di telemedicina hanno portato successivamente all'estensione del progetto a casi più complessi, come quelli che richiedono una modifica del trattamento ma non necessitano di una visita fisica. Nonostante la televisita non riduca sostanzialmente il tempo che il clinico deve dedicare al singolo paziente, questa risulta molto vantaggiosa per il paziente che non deve raggiungere il centro e ha un impatto positivo sulla compliance dello stesso allo schema delle visite di controllo. Alcuni pazienti si sono addirittura organizzati per poter effettuare la televisita sul luogo di lavoro riducendo così l'impatto dei controlli sulla loro produttività e facilitando l'integrazione delle visite nella loro routine. Inoltre, la televisita ha dimostrato una grossa utilità nella gestione di pazienti che chiedono visite anticipate in quanto permette in tempi rapidi di valutare il paziente e confermare la necessità di una visita in presenza, definendo in modo adeguato l'urgenza, o escluderla dando comunque ascolto al paziente che percepisce di essere preso in carico.

Anche in questa proposta emerge un ruolo di supporto da parte dell'infermiere che può occuparsi dell'organizzazione delle televisite ed in particolare della loro programmazione, dei contatti con il paziente propedeutici alla visita e della preparazione degli strumenti necessari, sgravando il clinico di attività delegabili.

- **Riduzione del tempo non a valore.** La regione si dimostra molto sensibile alla necessità di ridurre il tempo non a valore impiegato soprattutto dai clinici in attività di natura burocratico-amministrativa che potrebbero essere supportate attraverso la tecnologia. Sta infatti già valutando l'introduzione di agenti digitali che permetterebbero al MMG, così come allo specialista, di dedicare un tempo più limitato alla preparazione e compilazione di documenti che rappresentano un atto dovuto alla pubblica amministrazione ma che sottraggono sempre più tempo all'attività clinica. Questi agenti svolgono attività a basso valore quali la generazione di documenti sotto dettatura del professionista o la raccolta di informazioni necessarie da fonti già esistenti agevolando il clinico nelle sue attività quotidiane.
- **Sviluppo di App a supporto della comunicazione paziente - clinico.** Una proposta innovativa emersa dal GdL è la creazione di un App che permetta ai pazienti di registrare segni e sintomi nel periodo che intercorre tra una visita e l'altra per poter condividere agilmente i dati con il medico, migliorando il monitoraggio dell'andamento della patologia e ottimizzando potenzialmente i tempi delle visite
- **Adattamento del Modello Regionale alle Esigenze Territoriali.** La rete reumatologica di Bologna rappresenta un esempio virtuoso di risposta mirata alle esigenze dell'area di riferimento (area metropolitana) e dimostra come l'adattamento del modello organizzativo possa ottimizzare la gestione dei pazienti. La rete è stata sviluppata anche in collaborazione con l'Associazione Pazienti e vanta 18 punti di accesso presidiati da personale di alto profilo che alterna la presenza sul territorio e in ospedale. Questa organizzazione aiuta molto la gestione appropriata del paziente più complesso mentre rimane da ottimizzare il tema della gestione del paziente più "semplice" che resta gravata dai tempi incompressibili delle attività burocratico-amministrative a carico del clinico.

In conclusione gli esperti avanzano la proposta di creare un gruppo di lavoro incaricato di stabilire linee di indirizzo regionali e un "fabbisogno minimo territoriale" (secondo il

modello STOP per la definizione dei requisiti: Strutturali, Tecnologico, Organizzativi e Professionali) in ambito reumatologico. In concreto si suggerisce di utilizzare il Tavolo Reumatologico, che a breve dovrebbe partire, quale regia dei lavori. I gruppi di lavoro tecnici sono uno strumento potente in Regione Emilia-Romagna per indirizzare, attraverso i loro input, l'attività politica come già è avvenuto per altre aree terapeutiche (oncologia, cardiovascolare). Uno step necessario in questo percorso è lo "scatto" di una fotografia accurata delle esigenze locali in modo che le linee guida, basate su una visione regionale, permettano di adattare i percorsi di cura alle peculiarità di ciascun territorio, favorendo una programmazione efficace e una distribuzione equilibrata delle risorse.

Tra le risorse necessarie il GdL si focalizza sulla dotazione di tutti i centri di infermieri specializzati e di un set minimo di strumenti diagnostici come, ad esempio, ecografi o altri dispositivi essenziali per una diagnosi rapida e accurata.

Inoltre, si propone di integrare gli standard definiti con indicatori di monitoraggio chiari e periodici, utili a valutare l'efficacia delle soluzioni adottate.

CONCLUSIONI

La regione Emilia-Romagna offre ai pazienti con malattie reumatologiche servizi sanitari strutturati ed è impegnata in un lavoro di miglioramento continuo dell'offerta in particolare attraverso l'introduzione di iniziative innovative in ambito digitale ed organizzativo.

In ambito reumatologico i bisogni prioritari ancora non soddisfatti identificati dal Tavolo Regionale tenutosi a Bologna il 26 novembre scorso si concentrano sui seguenti temi: aumentare capacità del sistema di governare la domanda di salute, potenziare la presa in carico dei pazienti, sviluppare il massimo valore dalle terapie farmacologiche e ampliare l'offerta di cura a terapie complementari.

Per rispondere efficacemente alla richiesta attuale e futura di servizi sanitari, il GdL identifica come fondamentale un lavoro focalizzato sul miglioramento della governance della domanda in quanto l'aumento della produttività dei centri non rappresenta più la soluzione ai *need* dei pazienti. A questo scopo è necessario ampliare e rendere più efficaci ed appropriati i filtri di accesso ai servizi sanitari sia riorganizzando le cure primarie con un nuovo modello di engagement che introducendo un filtro a monte del percorso di accesso dei pazienti al servizio sanitario regionale. Un paziente informato completa il quadro di governance migliorata grazie ad un uso più appropriato e consapevole dei servizi sanitari

Un'altra iniziativa strategica identificata dagli esperti è lo sviluppo di un modello regionale potenziato attraverso la costituzione di un GdL tecnico regionale in grado di informare le decisioni politiche nella Regione in ambito reumatologico. Parte integrante di questa iniziativa sono un'attività di mappatura del territorio per assicurare l'adattamento dei percorsi di cura alle peculiarità locali e la definizione di un "fabbisogno minimo territoriale" (strutturale, tecnologico, organizzativo e professionale) per i centri reumatologici.

L'adozione di soluzioni digitali rappresenta una ulteriore leva fondamentale e strategica per migliorare l'efficienza del sistema sanitario regionale e facilitare l'aderenza dei pazienti ai percorsi di diagnosi e cura. In particolare, il GdL identifica come opportunità lo sviluppo dell'uso delle televisite in pazienti selezionati in base alle caratteristiche cliniche e di urgenza e accoglie positivamente l'idea della Regione di puntare sull'impiego di agenti digitali per automatizzare attività burocratico-amministrative e ridurre il tempo non a valore a carico dei clinici.

Per quanto riguarda le cure farmacologiche, caposaldo della gestione del paziente, il need più importante riguarda la promozione dell'aderenza terapeutica che rimane uno degli obiettivi principali della presa in carico e cura del paziente, seguito dal bisogno di continuo aggiornamento delle linee di indirizzo sviluppate dalla Regione sull'impiego dei farmaci, anche tenendo conto delle più recenti evidenze scientifiche, delle valutazioni farmacoeconomiche e di una definizione più precisa degli endpoint terapeutici (multidominio e PROMS).

Infine, per garantire una presa in carico completa e personalizzata dei pazienti, è necessario intervenire sull'offerta di cure ampliandola verso terapie complementari a quelle farmacologiche e

migliorando l'approccio multidisciplinare. La fisioterapia specifica per le malattie reumatiche, i servizi di counselling per la gestione della fragilità (e.g. vaccinazioni), il supporto psicologico e la terapia del dolore sono tra gli interventi per cui definire meglio ruolo e organizzazione dell'offerta per i pazienti con malattie reumatiche.

COORDINAMENTO DEL PROGETTO

Cosetta Bianchi e Maria Cristina Carena – Dephaforum Srl

Il progetto RheumAware – Tavolo Regionale Emilia-Romagna è stato:

ideato e organizzato da  **Dephaforum**

realizzato con il contributo non condizionante di UCB

